

De l'élimination à travers la vessie
et l'urèthre des produits
de la grossesse ectopique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix HÉRES

Ex-interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à LA MOTTE-DU-CAIRE (Basses-Alpes), le 28 Mars 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

DE L'ELIMINATION A TRAVERS LA VESSIE
ET L'URÈTHRE
DES PRODUITS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 125

De l'élimination à travers la vessie
et l'urèthre des produits
de la grossesse ectopique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix HÉRES

Ex-interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à LA MOTTE-DU-CAIRE (Basses-Alpes), le 28 Mars 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.),

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

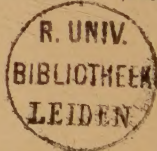
M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. GAYET, président ; COTTE, assesseur

DUROUX et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE ET DE MON FRÈRE..

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de notre reconnaissance.

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE
Pharmaciens à Thonon-les-Bains

A MA SŒUR,
Docteur en médecine

Notre compagne d'études.

A MON NEVEU, JEAN DUMAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAYET,

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

Il a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse, dont il nous a inspiré le sujet. Qu'il accepte nos respectueux remerciements pour tous les conseils qu'il nous a prodigués et le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORON,

Nous le prions d'accepter nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert son Service. Il a bien voulu nous communiquer le début de l'observation de notre malade.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE

MM. LES DOCTEURS :

BOSQUETTE (*in memoriam*),

DÉTOURBET,

CIBERT,

HERMITE,

PORTE,

SALVA,

TRAVERSIER,

PERRIOL,

TERMIER,

CORNELOUP.

AUX MEMBRES DU JURY

DE L'ÉLIMINATION A TRAVERS LA VESSIE
ET L'URÈTHRE
DES PRODUITS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE

INTRODUCTION

Ce modeste travail a eu pour point de départ le cas d'une malade, soignée dans le service d'Urologie de M. le Professeur Gayet, pour des troubles urinaux consécutifs à une grossesse ectopique ouverte dans la vessie.

Cette malade avait d'abord été soignée à la Charité (Service de M. le Docteur Voron), pour pyélonéphrite chez une femme enceinte. La sœur (qui est depuis très longtemps dans un service d'accouchements) certifiait l'avoir aidée à expulser par l'urèthre un embryon de 4 mois. Malgré ses affirmations et celles de la malade, devant la rareté du cas, le diagnostic restait douteux.

Ce n'est que plus tard, après les examens cystoscopiques, que M. le Professeur Gayet a pu conclure à la véracité du fait.

Avant de commencer ce travail, nous tenons à exprimer notre gratitude à notre maître, M. le Professeur Gayet. Personnellement, nous lui devons une

double reconnaissance. Grâce au résultat heureux, inespéré, d'une opération dont la gravité ne l'a pas fait reculer, il a permis à mon père de terminer la tâche qu'il s'était imposée, de faire de nous un médecin.

Enfin, comme élève, nous ne saurions trop le remercier d'avoir bien voulu nous signaler ce cas, aussi rare qu'intéressant, d'avortement par l'urèthre. Tout dernièrement, il en a lui-même présenté l'observation à la Société Française d'Urologie (19 avril 1926) (1).

Grâce aux conseils bienveillants et éclairés que notre Maître nous a toujours largement prodigués, il nous a été possible de mener à bien ce travail, dont il nous a suggéré le sujet.

(1) La *Presse Médicale* du 15 mai 1926, en publiant le compte rendu de la Société française d'Urologie, sous la rubrique : « Grossesse extra-utérine, élimination du fœtus par la vessie et l'urèthre, Pyonéphrose droite », l'a attribué à Mr Rochet. Nous croyons utile, pour éviter toute confusion en cas de recherches ultérieures, de signaler que c'est une erreur de nom de la part de l'éditeur, mais qu'il s'agit bien du cas que M. Gayet a présenté à la Société française d'Urologie.

Historique

Depuis longtemps, on a signalé la possibilité de l'élimination par la vessie et l'urèthre des produits de la grossesse ectopique. Toutefois, les auteurs, assez peu nombreux, qui ont écrit sur ce sujet, semblent surtout avoir rencontré des cas de lithopédions, éliminés par la vessie.

Dès 1854, Moreau, dans son *Traité des Grossesses extra-utérines*, rapporte le cas d'une femme ayant expulsé par l'urèthre, et à différentes reprises, des os d'un fœtus extra-utérin, s'étant fait jour dans la vessie. Nous avons cru intéressant de reproduire cette observation.

Mattéi, dans son important travail, paru en 1869 : *Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement*, signale que, parmi les voies d'élimination des fœtus extra-utérins, il a trouvé plusieurs fois la vessie.

Parry (Monographie de Parry, en 1876) trouve 9 fois cette terminaison sur 248 cas.

Dans la thèse de Deschamps, en 1880, parmi les

faits d'élimination spontanée apparus entre 1875 et 1880, on trouve quelques cas d'ouverture dans la vessie.

En 1886, Maygrier, dans sa thèse d'agrégation, qui est restée classique : *Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine*, considère cette voie d'élimination comme exceptionnelle.

En 1890, Winckel en rapporte 12 cas.

Tous les auteurs classiques, de 1890 à nos jours : Bar et Brindeau, Bonnet et Petit, Lequeu, Maygrier et Schwab signalent que le contenu des kystes extra-utérins s'infecte après la mort du fœtus, et le kyste, ainsi infecté, peut s'ouvrir, soit au niveau de la paroi abdominale, soit dans un organe cavitaire voisin.

Pozzi, répétant les statistiques de Parry, donne, sur 248 cas observés :

40	cas d'ouverture au niveau de la paroi abdominale;
65	— dans l'intestin (rectum) ;
12	— dans le vagin ;
9	— dans la vessie.

Après 1900, les publications concernant ces cas semblent devenir de plus en plus rares.

En 1910-1911, Buisson, dans sa thèse, dit : « Les statistiques de Parry, de Cawenberghe, de Matteï, que l'on trouve rapportées par Pinard, dans le *Dict. des Sciences Méd.* par Debay, dans sa thèse appartiennent à la thérapeutique gynécologique ancienne.

« Aujourd'hui, ces faits sont rares. A notre connaissance, le dernier cas publié est celui de Guisy,

d'Athènes, relatif à l'ouverture d'un kyste foetal dans une vessie. »

En 1912-1913, Kotler Sarah, dans sa thèse : *De l'élimination spontanée du fœtus dans la grossesse extra-utérine au delà du troisième mois*, reprend la question. Dans cet important travail, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, et notamment celui de cinq observations, l'auteur étudie les diverses voies d'élimination des fœtus extra-utérins. Pour chaque voie, elle signale tous les cas qu'elle a pu recueillir. C'est ainsi que, sur 54 cas observés, elle a trouvé 4 cas d'ouverture dans la vessie.

Enfin, Guermeur, dans sa thèse : *Grossesse ectopique après le cinquième mois*, en 1923-1924, cite le cas d'une femme morte d'une grossesse extra-utérine ouverte dans la vessie.

De nos jours, ces cas de lithopédions éliminés par la vessie et l'urèthre sont rarement signalés. Depuis que l'on tend de plus en plus à opérer au début toute grossesse ectopique diagnostiquée, on ne donne plus au kyste foetal le temps d'évoluer et de se transformer en lithopédions.

Si, par hasard, il s'en présente un rare cas, c'est vraisemblablement qu'une erreur de diagnostic en aura permis le développement.

La rupture du kyste foetal dans la vessie peut se présenter comme un des premiers accidents de début. Tel est le cas de la malade de notre maître, M. le Professeur Gayet

Etant donné la difficulté de diagnostiquer, au début,

une grossesse ectopique, paravésicale ou autre, c'est quelquefois la rupture même dans la vessie qui établira le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Même ces cas sont excessivement rares et dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas pu trouver d'observations analogues à la nôtre.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Structure et composition du Kyste

PAROI EXTERNE. — La partie maternelle qui constitue la paroi externe du sac foetal extra-utérin est variable, suivant le lieu d'implantation de l'œuf.

Dans le cas des grossesses tubaires, de beaucoup les plus fréquentes, et comme c'est le cas dans notre observation, l'œuf se greffe sur la trompe. Cette trompe subit quelques modifications et servira d'enveloppe externe à l'œuf des premiers mois.

La trompe devient turgescente, ses vaisseaux augmentent de volume, ses parois s'hypertrophient ; cette hypertrophie porte surtout sur les fibres musculaires. Les artères deviennent volumineuses et prennent la forme hélicine ; les veines sont turgescentes et forment de véritables lacis veineux qui serpentent dans la paroi.

Bien qu'il existe de l'hypertrophie de la paroi tubaire, il se produit, en certains points, un amincisse-

ment notable, surtout quand la grossesse dépasse deux mois. Les fibres musculaires de la trompe se dissocient et l'œuf n'ayant plus de paroi se met en rapport avec le péritoine ou avec un organe voisin. C'est le cas de l'observation de M. Gayet, où la trompe contenant le kyste fœtal communiquait avec la vessie.

Cet amincissement est dû en partie à la surdistension du canal salpingien. Mais nous verrons plus loin, à propos de la rupture du sac, que l'action destructrice des villosités choriales joue un rôle prépondérant ; c'est en effet au niveau de l'insertion placentaire que cet amincissement a son maximum. Dans notre observation, c'est donc aux dépens de la trompe que s'est formé le sac. En opérant la malade, on a retrouvé en effet « en un point, tout contre la vessie et adhérent à l'uretère, un organe que l'on a d'abord pris pour un ganglion, mais qu'après l'extirpation on a identifié : c'était l'ovaire droit et des débris de la trompe. »

De même dans l'observation de Moreau « la trompe et l'ovaire du côté droit avaient disparu, pour former le sac fœtal qui adhérait à la vessie. »

Dans des cas plus rares, dans la grossesse tubo-ovarienne ou tubo-abdominale, l'œuf se greffe primitivement dans le pavillon de la trompe. Le sac se forme alors aux dépens des franges du pavillon, du péritoine voisin et du tissu ovarien.

Dans les variétés de grossesses éctopiques, dites ovariennes et interstitielles, le sac est formé dans l'une, par le corps jaune ; dans l'autre, par une couche plus ou moins épaisse de muscle utérin.

Dans les cas de nos autres observations, nous avons à faire à des grossesses péritonéales, soit péritonéales primitives, ce qui est très rare, soit péritonéales secondaires, cas de beaucoup les plus fréquents.

Le sac foetal est alors constitué par une néo-membrane, formée aux dépens des organes voisins, qui lui forment une paroi. Cette poche très vasculaire est adhérente à l'épiploon, à l'intestin, au péritoine pelvien, à la vessie.

CONTENU DU KYSTE. — L'œuf extra-utérin présente dans le kyste une portion adhérente à la trompe, et une autre portion libre, qui est primitivement séparée de la paroi tubaire par une fente plus ou moins large. On retrouve la même disposition que dans l'œuf utérin : le pôle adhérent formant la caduque intertubo-placentaire et le pôle libre bombant dans la cavité de la trompe.

Les membranes de l'œuf sont les mêmes que dans la grossesse utérine. Nous y trouvons de dehors en dedans : 1° *la caduque tubaire* très nette, formée par la muqueuse de la trompe à peine modifiée. Cependant ses franges sont aplaties, l'épithélium perd ses cils et devient cubique.

La caduque ovulaire ou réfléchie n'est pas admise par tout le monde. Le pôle libre de l'œuf est cependant tapissé par une membrane très nette. Cette membrane est formée par une couche de fibrine, dans laquelle il n'existe aucun vaisseau et où l'on trouve des cellules volumineuses, pâles, à gros noyaux, et d'autres plus foncées, à protoplasma granuleux.

Certains auteurs (Zedel, Cornil), pensent que ces cellules proviendraient des cellules conjonctives maternelles et seraient constituées par des cellules déciduales.

Pour d'autres (Khüne, Couvelaire), ces cellules seraient d'origine fœtale et, par conséquent, la caduque réfléchie n'existerait pas. Quoiqu'il en soit, le pôle libre de l'œuf est toujours tapissé par une membrane.

La présence d'une caduque intertubo-placentaire est encore plus discutée. Webster y décrit deux couches (comme dans la grossesse utérine) : une couche spongieuse et une couche compacte ; et fait jouer un rôle aux franges tubaires, dans la constitution de la couche spongieuse. Zedel, Cornil, Mandl, admettent aussi une caduque constituée seulement par une couche de fibrine plus ou moins épaisse, au milieu de laquelle on rencontre des éléments cellulaires volumineux, constitués par des cellules déciduales.

Cette couche manque du reste par places, et les villosités sont alors en contact intime avec la couche fibro-musculaire de la trompe.

Pour Khüne et Couvelaire, les éléments cellulaires proviendraient de l'épithélium des villosités fœtales, qui pénétreraient les éléments maternels et se substitueraient à eux. En bien des points, en effet, on voit les sinus maternels ulcérés et pénétrés par des bourgeons épithéliaux, provenant des villosités fœtales ; l'œuf serait par conséquent enfoui dans la muqueuse.

Le chorion de l'œuf ectopique est absolument comparable au chorion de l'œuf utérin. Au début, il est hérissé de villosités sur toute son étendue, puis, vers

le deuxième mois, ces villosités s'atrophient, sauf au niveau de l'insertion pariétale de l'œuf, où elles vont former le placenta.

Dans le cas de notre malade, on a très bien vu ce placenta d'un embryon de 4 mois, par un examen cystoscopique pratiqué après l'expulsion du fœtus. Ce placenta (identifié après l'examen histologique), occupait la face supérieure de la vessie, et se présentait sous l'aspect d'un papillome frangé, avec franges courtes et au milieu duquel on apercevait l'orifice de communication du kyste avec la vessie.

L'AMNIOS, a les mêmes caractéristiques que dans l'œuf utérin.

Cependant, le liquide amniotique est, en général, en moins grande quantité et presque toujours insuffisant pour permettre le bon développement du fœtus ectopique.

LE FŒTUS. — Dans notre observation, le sac avait contenu un embryon de 4 mois environ. Il était intact, et était tombé dans la vessie, après l'ouverture du kyste fœtal dans cet organe. Il avait été expulsé en entier par l'urèthre. La sœur infirmière n'a pas conservé cet embryon, mais elle n'a signalé aucune particularité le concernant.

C'est le seul cas où nous ayons trouvé dans l'œuf un fœtus entier et bien conservé.

Dans les autres observations, le kyste fœtal, plus volumineux, contenait des embryons plus âgés, quelques-uns arrivés près du terme. Mais, à la suite du

faux travail, il y a eu mort du fœtus. Après une rétention plus ou moins prolongée, le kyste a subi la putréfaction ou bien s'était transformé en lithopédions.

Dans ces cas, les kystes contiennent des débris de squelette, des os fœtaux. Ces os sont quelquefois intacts; d'autres fois, ils sont brunâtres, ou recouverts de dépôts phosphatiques.

On trouve également des parties molles nécrosées, « des intestins d'un bleu noirâtre », comme dans l'Obs. de Moreau.

Dans l'Obs. de Steltner, le kyste donnait issue, outre des os, à des éléments nécrosés. L'analyse microscopique révélait des globules de pus.

Dans tous les cas, la poche s'étant infectée, on trouve du pus en plus ou moins grande quantité.

On trouve aussi des débris pseudo-membraneux. Dans l'Obs. de M. Gayet, un de ces caillots pseudo-membraneux a été soumis à l'analyse, qui a indiqué que : « la pièce était constituée essentiellement par une masse de cellules nécrobiosées. Celles-ci n'ont plus une caractéristique qui puisse renseigner sur leur aspect antérieur. Cependant, en un point, on relève des formations arrondies, continues, qui paraissent vraisemblablement êtres des villosités placentaires nécrobiosées. » Le kyste contenait donc le placenta qui s'est éliminé par l'urèthre peu de temps après l'expulsion du fœtus.

Rapports du kyste extra-utérin

La paroi externe du kyste est en rapport avec le péritoine pelvien, elle est souvent entourée d'adhérences épaisses, dues aux phénomènes inflammatoires et aux réactions péritonéales.

Il est également en rapport avec les organes voisins et surtout avec le rectum. Dans l'Obs. de Moreau, le kyste était en rapport en arrière avec les intestins. « On découvrait, au fond de la vessie, un trou à travers lequel le doigt touchait les intestins de la malade. »

Dans l'Obs. de M. Gayet, le kyste était en rapport avec la paroi supérieure de la vessie, avec laquelle il contractait des adhérences. Quelques temps après l'expulsion de fœtus, une radiographie faite après une injection de 15 cmc. de collargol dans cette poche, avec un sonde urétérale introduite par l'orifice de communication du kyste avec la vessie, montrait bien cette poche, en forme d'aubergine, placée transversalement au-dessus de la vessie.

Dans d'autres cas, le kyste peut aussi contracter des adhérences avec le rectum et la vessie, et il peut se produire une fistule dans chacun des deux organes (Haym et Girandeaue).

RUPTURE DU KYSTE FŒTAL. — Dans notre Obs., la rupture s'est produite après le quatrième mois de la grossesse, par un orifice siégeant à la partie supérieure de la vessie, établissant une communication entre le kyste fœtal et cette cavité. Cet orifice était suffisant

pour avoir permis le passage d'un embryon de 4 mois environ. Cet embryon a ensuite été expulsé spontanément par l'urèthre, au prix de vives douleurs.

L'examen cystoscopique a permis de voir cet orifice, par lequel on voyait de temps à autre s'éliminer des débris pseudo-membraneux, qui étaient des débris placentaires. Autour de cet orifice, on pouvait voir les villosités placentaires, qui donnaient l'impression d'un papillome frangé.

Cette rupture a pu se produire, soit par suite d'un processus inflammatoire et ulcératif, soit comme cela est plus probable, dans ce cas, parce que les villosités placentaires ont rongé la paroi vésicale. On connaît, en effet, l'action destructive des villosités choriales, qui pénètrent dans les muqueuses, en disséquent les éléments et finissent par aboutir à la perforation. On assisterait ici au même processus qui détermine les ruptures tubaires, les villosités choriales rongant les parois de la trompe. C'est ce rôle destructif des villosités choriales qui, en s'exerçant, ne permet pas à la grossesse extra-utérine d'évoluer au delà de deux ou trois mois.

Dans les autres cas, c'est surtout à la suite d'un processus ulcératif que la rupture s'est produite. La paroi du kyste infecté, moins résistante, se sphacèle, et l'ulcération peut se produire au niveau d'un organe voisin, la vessie, comme c'est le cas dans notre observation.

Cette ulcération siège au fond de la vessie, à laquelle le kyste adhérait (Obs. de Moreau), soit en haut et à droite, comme dans le cas d'Heggar.

D'autres fois, le kyste siège à gauche de la vessie et communique avec elle grâce à une fistule par laquelle son contenu se vidait à certains moments. A l'intervention, on constate que la paroi du kyste était sphacélée. C'est donc par suite de ce sphacèle de la paroi que s'est produit la rupture (Steltner).

Une fois (Obs. d'Erhendorfer), la rupture s'est produite dans la région de la base du trigone de Lieutaud. Après dilatation préalable de l'urèthre, on avait ressenti en ce point : « un corps rugueux qui entraît dans la vessie par un orifice de dimension telle, qu'il laissait passer le doigt. »

Dans l'Obs. de Winckel, un tibia fœtal était situé presque entièrement dans la cavité fœtale, tandis que seule, l'articulation supérieure était dans la vessie. Cet os bouchait l'orifice au moment de l'intervention. Cet orifice était situé à la face postérieure de la vessie.

Haym et Girandeau, rapportent le cas de leur malade, où le kyste fœtal s'est ouvert à la fois dans la vessie et le rectum.

Dans l'Obs. que Guermeur rapporte dans sa thèse on a constaté, à l'autopsie de la malade, que le kyste fœtal communiquait très largement dans la vessie, au lieu de présenter un orifice plus ou moins grand, comme dans les autres cas.

CHAPITRE II

Symptômes

Pour plus de clarté dans l'exposé des symptômes, nous rappellerons d'abord ce que tout médecin doit savoir sur la sémiologie de la grossesse ectopique. Nous ajouterons ensuite les signes particuliers à la rupture du kyste fœtale dans la vessie, et les complications qu'elle peut amener.

Les symptômes étant un peu différents suivant que la grossesse est de moins ou de plus de 5 mois, nous examinerons les deux éventualités.

I. — Grossesse extra-utérine de moins de 5 mois

Les malades, viennent consulter le médecin pour quelques symptômes anormaux qui les ont frappées.

1° *Les règles ont fait défaut*, pendant une ou plusieurs périodes menstruelles. Cependant l'interroga-

toire apprend que la cessation de l'écoulement sanguin n'a pas été absolue. A l'époque correspondante à la période menstruelle, il s'est produit une perte de sang: Ces pertes, en général peu abondantes, peuvent parfois survenir entre les périodes correspondantes à l'époque habituelle des règles.

Le plus souvent, *ces pertes sont noirâtres*, couleur marc de café; d'autres fois, le sang est rouge comme celui des règles.

Plus rarement les malades ont pu expulser en même temps que ce sang, des débris membraneux, plus ou moins volumineux, qui proviennent de la caduque utérine : mais c'est en général au moment de la mort du fœtus et du faux travail que se produit cette expulsion qui a une si grande valeur sémiologique (comme cela s'est passé dans l'Obs. de Haym et Girandeau) : « Au moment du faux travail, il y a eu un écoulement de sang noir, d'odeur infecte, et la malade a expulsé au milieu des caillots, une poche crevée blanche, longue comme le pouce, qui était la caduque utérine. »

Les malades accusent les *signes sympathiques de la grossesse*, mais ils sont en général moins prononcés que dans la grossesse normale. Il y a du gonflement et des picotements des seins, des vomissements. Dans le cas de Haym et Girandeau, la malade avait eu jusqu'à 30 vomissements par jour.

Les femmes éprouvent quelques douleurs qui siègent dans la région inférieure de l'abdomen, avec prédominance d'un seul côté, elles s'irradient dans les lombes ou le haut des cuisses.

La compression des organes voisins par la poche gravidique, peut occasionner des troubles vésicaux, de la constipation, des crises diarrhéïques.

SIGNES PHYSIQUES. — L'abdomen n'est pas encore augmenté de volume d'une façon notable.

Au *toucher bimanuel*, on trouve deux tumeurs accolées, l'une est constituée par l'utérus, le col est légèrement ramolli, mais moins que dans la grossesse utérine. Le corps utérin est refoulé en avant et latéralement.

La tumeur adjacente, constituée par le sac foetal, à un volume variable, suivant l'âge de la grossesse. Elle envahit le cul-de-sac latéral et la cavité de Douglas. Elle est résistante, peu douloureuse, et donne la sensation d'une salpingite plus ou moins volumineuse.

Dans le cas de la malade de l'Obs. de M. Gayet, le toucher vaginal montrait un empâtement peu douloureux des culs-de-sac vaginaux. En avant de l'utérus une masse molle arrondie, sur la nature de laquelle on ne pouvait être renseigné que par une cystoscopie. Ce toucher avait été fait peu de temps après l'expulsion d'un embryon de 4 mois par l'urèthre, cette voie d'expulsion avait paru douteuse, et l'examen cystoscopique a montré que cette tumeur était le reste du sac foetal ectopique qui communiquait avec la vessie.

Quelquefois, dès cette période, les malades peuvent *présenter des complications, qui n'ont pas empêché la grossesse d'évoluer*. La malade de notre observation, par exemple, a présenté des phénomènes

de rupture tubaire. Vers le troisième mois de la grossesse, elle a eu brusquement une crise douloureuse aiguë, localisée dans le flanc droit, avec vomissements, vertiges, syncope, réaction péritonéale. Le médecin appelé auprès d'elle, l'envoie à l'hôpital, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Mais ces symptômes ont régressé et la malade ayant du pus dans les urines, est soignée pour pyélonéphrite gravidique.

La malade de l'Obs. de Haym et Girandeau, a présenté, vers le début du troisième mois des symptômes de *péritonite*, qui l'ont obligée à garder le lit pendant 2 mois. Cette complication n'a pas suffi non plus à arrêter l'évolution de la grossesse extra-utérine.

II. — Grossesse extra-utérine après le 5^e mois

L'arrêt des règles a été plus long: 40 semaines (dans l'Obs. de Moreau) ; 6 mois (dans celle d'Heggar) ; 9 mois (dans celle de Steltner) ; 7 mois (dans celle d'Ehrendorfer).

Les signes fonctionnnels et sympathiques sont les mêmes que précédemment.

Nous ajouterons le signe de certitude de la grossesse : *la sensation des mouvements actifs du fœtus* perçus par la mère.

Ces mouvements sont souvent plus douloureux que dans la grossesse normale. Dans l'Obs. de Moreau, la malade éprouva, du côté droit, vers l'anneau inguinal, une sensation très désagréable, chaque fois que l'enfant bougeait.

EXAMEN PHYSIQUE. — L'abdomen contient une tumeur d'aspect irrégulier, qui ne ressemble pas à un utérus gravide, ovoïde, à grand axe longitudinal, comme c'est le cas dans les présentations longitudinales, de beaucoup les plus fréquentes.

Cette tumeur n'a pas une forme nette, bien limitée.

A la palpation : on constate aussi que le contour de cette tumeur n'est pas net. Sa consistance est assez résistante, mais à aucun moment on ne la sent se durcir sous la main qui palpe, comme l'utérus gravide qui se contracte.

Cette tumeur, de volume variable, suivant les cas, s'étendait, dans le cas de Steltner, jusqu'au milieu de la ligne qui réunit l'ombilic à la symphyse et empiétait de trois travers de doigt à droite, au delà de la ligne médiane.

D'autres fois (Haym et Girandeau), elle occupait toute la fosse iliaque gauche.

Dans l'observation de Winckel, « la tumeur, qui a le volume de deux poings, était fixée à la paroi antérieure de l'utérus et avait refoulé l'utérus à gauche.

A travers la paroi abdominale, on peut sentir les parties fœtales. Le fœtus semble souvent être sous la peau ; il est plus superficiel que le fœtus utérin, à moins que le sac soit entouré d'adhérences épaisses, qui rendent les parties fœtales difficiles à percevoir.

Quelquefois, quand le kyste est retenu depuis longtemps, la tumeur est dure, bosselée, et on peut avoir la sensation de crépitation osseuse.

A côté de la tumeur, on trouve une tumeur plus petite, qui est l'utérus augmenté de volume.

Enfin, plus rarement (Pinard), et dans le cas de rétention d'urine, on peut percevoir une troisième tumeur, qui est la vessie.

A l'auscultation, si l'enfant est encore vivant, on entend encore les *bruits du cœur fœtal* et le bruit de souffle maternel, comme dans la grossesse utérine. Mais, le plus souvent, les malades viennent consulter longtemps après la mort du fœtus et ce signe manque.

Le toucher vaginal combiné au palper permet souvent de délimiter deux tumeurs formées par l'utérus et le kyste. Le col, moins ramolli que dans la grossesse utérine, est refoulé en avant contre la symphyse. Le corps utérin également augmenté de volume est repoussé en avant et sur le côté.

Le kyste fœtal plonge généralement dans l'excavation.

Le toucher rectal donnera des renseignements sur la situation de la tumeur par rapport à la paroi postérieure de l'excavation.

L'interrogatoire des malades apprend qu'à un moment plus ou moins rapproché du terme, suivant les cas, elles ont présenté des symptômes de faux travail; elles ont eu des douleurs intermittentes, ressemblant aux douleurs de l'accouchement. C'est à ce moment-là que peut survenir un écoulement sanguin noirâtre par le vagin, suivi de l'expulsion de débris membraneux, qui est la caduque utérine (Obs. Haym et Girandeau).

Parfois aussi, ce faux travail peut s'annoncer par une hémorragie plus ou moins abondante et de violentes douleurs (Steltner).

Ce faux travail n'a pas abouti, et les malades viennent souvent consulter un médecin à ce moment-là.

Après ce faux travail, les malades n'ont plus senti les mouvements actifs du fœtus. A l'auscultation, on n'entend plus les bruits du cœur. Les seins se sont remplis de lait ; les signes de la grossesse disparaissent ; les règles reviennent, irrégulières d'abord, puis régulières comme par le passé.

Cet état de rétention du fœtus extra-utérin dans l'organisme maternel peut durer très longtemps, sans occasionner d'accident (cas de Sappey, où le fœtus transformé en lithopédion a été retenu pendant 56 ans, sans provoquer de troubles).

Mais, le plus souvent, le kyste ainsi retenu s'infecte au bout d'un temps plus ou moins long. Cette infection est due au coli-bacille, et la paroi du kyste sphacélée se rompt dans l'organe cavitairé auquel elle adhérerait ou parfois à la paroi abdominale.

Nous avons pu recueillir huit observations de rupture du kyste dans la vessie, avec élimination du contenu du sac ectopique par la vessie et l'urèthre. Cette complication devrait plutôt être considérée comme une terminaison assez favorable de la grossesse extra-utérine.

Voyons par quels symptômes se traduit cette éventualité.

Symptômes de rupture du kyste fœtal dans la vessie

Après une période plus ou moins longue de calme, et souvent en pleine santé, la femme éprouve brus-

quement de l'incontinence ou de la rétention des urines. Une sensation de tension dans le bas-ventre, du ténesme vésical, des envies fréquentes d'uriner.

Dans l'observation de Moreau, après neuf ans de rétention, cette rupture s'annonça : « par une ischurie douloureuse ; elle était obligée d'uriner à chaque instant et rendait peu d'urine à la fois ; ce liquide ressemblait à une matière purulente. Trois ans après seulement, survint l'élimination par l'urèthre de calculs et d'os fœtaux ».

Dans l'observation de Steltner, c'est après dix ans de rétention « que les urines, qui avaient toujours été claires, deviennent troubles pendant quelques jours, comme une soupe à la farine, disait la malade. Cet état dura deux ans, et un jour, la femme, au prix de douleurs excessives, rendit un os en urinant ».

Dans l'observation d'Erhendorfer, la malade, après cinq ans d'arrêt des règles, éprouve brusquement des douleurs semblables à celles de l'accouchement ; quelques jours après, une incontinence d'urine l'oblige à aller consulter le Professeur Schauta, qui, après une dilatation de l'urèthre, extrait de la vessie de la malade onze os d'un fœtus de cinq mois.

La malade de Winckel, chez laquelle, il y a six ans, les règles avaient fait défaut pendant sept mois, se plaignit d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs dans la vessie et de ténesme rectal.

Dans l'observation de M. Gayet, la malade a eu une crise douloureuse aiguë, localisée dans le flanc droit, avec vomissements, vertiges, syncope et réaction péritonéale. La constatation d'un gros rein droit et des

urines purulentes a fait croire à une pyélonéphrite gravidique.

Cette rupture produite, et se traduisant ainsi, suivant le cas de nos malades, le kyste va communiquer avec la vessie. Par cet orifice, le contenu du sac fœtal va se vider par la vessie et l'urèthre, lentement, en plusieurs reprises, os par os, dans les cas de fœtus infectés ou transformés en lithopédions. Il videra son contenu plus rapidement, si le fœtus est jeune et entier, comme dans notre observation.

Au cours de cette élimination, nous observerons divers troubles du côté des organes urinaires et une altération de l'état général.

TROUBLES URINAIRES. — Peu de temps après cette période prodromique, la malade de l'Obs. de M. Gayet a présenté des *hématuries* quotidiennes, avec expulsion de débris, et accompagnées de douleurs dans la région lombaire droite et dans la fosse iliaque du même côté. Ces hématuries ont duré quinze jours, puis la malade a été prise, la nuit, d'une violente crise cystalgique, avec envies fréquentes d'uriner, mais elle ne peut uriner ; elle a la sensation d'un obstacle uréthral ; la Sœur voit sortir par l'urèthre un petit membre, qu'elle tire, et extrait un embryon de 4 mois.

Dans notre cas, il y a donc eu expulsion par l'urèthre d'un fœtus complet.

Les *mictions* sont excessivement douloureuses, surtout (dans les autres observations), quand les os fœtaux, au cours de leur élimination, restent enclavés dans l'urèthre. Plusieurs malades ont dû appeler un

médecin pour libérer un os fœtal retenu dans la vessie ou l'urèthre.

VESSIE. — La vessie est douloureuse à la pression. Par le catéthérisme explorateur, on y constate la présence de corps durs, rappelant les calculs. Nous avons en somme tous les signes des calculs vésicaux et le diagnostic, dans un certain nombre de cas, n'a pu s'affirmer que par l'issue d'un os fœtal, au lieu d'un calcul.

Dans l'observation de Moreau, Joséphé avait fait une cystostomie et avait vu l'état de la vessie ; elle était devenue épaisse, charnue, dure ; elle était remplie de parcelles osseuses, dures et pointues, de concrétions calculeuses, de parties molles.

Dans le cas de Haym et Girandéau, la capacité de la vessie était diminuée ; mais, souvent, elle est conservée (Obs. de M. Gayet). *L'examen cystoscopique* a pu être fait dans le cas de notre malade. Il révélait une vessie saine, mais on découvrait, à la partie supérieure, un papillome frangé, à franges courtes, au milieu duquel se trouvait un petit orifice noirâtre. Nous avons donné précédemment l'interprétation de cette image cystoscopique. Rappelons que le papillome frangé représentait le placenta, et l'orifice noirâtre du milieu était l'orifice de rupture qui faisait communiquer le sac fœtal extra-utérin avec la vessie.

URINES. — Dès le début des accidents et tout de suite après la rupture, les urines deviennent troubles, sanguinolentes. Notre malade a présenté des héma-

turies ; elles contiennent du pus, souvent en grande quantité. Dans l'Observation de Steltner, les urines étaient troubles, « comme un soupe à la farine », disait la malade.

Elles ont une odeur fétide ; elles renferment des débris brunâtres, des parties molles putréfiées. Le sédiment muco-purulent renferme des éléments nécrosés. Dans l'observation de Steltner, l'analyse microscopique a révélé des globules de pus, des cellules de l'épithélium vésical, des détritrus.

Dans le cas de la malade de notre observation, on trouvait en plus, à l'analyse, des coli-bacilles, et à un moment donné, du sang.

Quelquefois, la quantité des urines peut être diminuée, surtout quand il y a des complications rénales. A plusieurs reprises, notre malade a eu de l'oligurie ; on a fait plusieurs fois la constante d'Ambard ; le résultat, au début, était :

$$\text{Ur.} = 0 \text{ gr. } 40 ; \quad \text{K} = 0,20.$$

avec une élimination de 864 cm³ par 24 heures, sous une concentration de 8 gr. 25 au litre. Dès le début, il est vrai, notre malade avait présenté des complications rénales.

Complications du côté des reins

HYDRONÉPHROSE. — Dans l'observation de Steltner, quelques jours après l'intervention, qui avait consisté à ouvrir la poche et à la vider de son contenu, les urines s'étaient éclaircies ; mais il s'est déclaré une

douleur vive dans les reins. A la palpation, on reconnaît, dans la région du rein droit, une tumeur grosse comme le poing, tendue, élastique. Il s'agit d'hydronéphrose par compression de l'uretère.

Cette hydronéphrose a été pasagère et a disparu spontanément. Trois mois après, l'examen fait constater que la tumeur rénale a disparu.

PYÉLONÉPHRITE. — Dès le début, notre malade a eu du pus dans les urines. On constatait un gros rein droit et à plusieurs reprises elle a eu des accès de fièvre urinaire.

RADIOGRAPHIE. — Pratiquée le 19 octobre, quatre mois environ après le début des accidents. « La radiographie ne montrait pas de calcul, on voyait seulement le contour d'un gros rein droit. »

Quelques jours après, à la suite de manœuvres endo-vésicales, la malade fait une nouvelle poussée de fièvre à grandes oscillations. L'état général s'altère rapidement. Le 28 octobre, on fait une néphrostomie du rein droit, l'insuffisance du rein gauche (résultat de la constante d'Ambard) ne permettant pas de faire la néphrectomie.

Imperméabilité de l'uretère. — Notre malade a présenté une complication curieuse du côté de l'uretère. Après une anesthésie locale, à la butelline, M. Gayet est arrivé à cathétériser l'uretère droit avec une sonde opaque ; mais la sonde était arrêtée à 15 centimètres ; à aucun moment on a pu obtenir une goutte d'urine par cette sonde.

Une radiographie montre, au point où s'arrête la sonde, une ombre qui pourrait bien être un calcul.

A l'intervention, faite dans le but de rétablir la perméabilité de l'uretère droit, M. Gayet n'a pas trouvé de calcul. Mais, « en un point, tout contre la vessie, il rencontre une masse adhérente à l'uretère et comprimant ce conduit ». Nous avons déjà dit que cette masse était l'ovaire droit et des débris de trompe.

Après cette intervention, il a été possible de passer une sonde N° 10, puis N° 12, jusqu'au bassin.

ETAT GÉNÉRAL. — Souvent, l'état général se maintient assez bon. C'est le cas de ces malades qui, à des intervalles plus ou moins éloignés, éliminent par la vessie et l'urètre, les diverses pièces du squelette fœtal, transformé en lithopédion (Heggar).

D'autres fois, après une période de dix ans de rétention, sans aucun trouble, l'état général devient brusquement mauvais, les urines contiennent du pus, la température s'élève, le pouls est petit, et, après l'extraction d'un os qui oblitère l'orifice de l'urètre et l'écoulement abondant de l'urine putride retenue, la malade allait mieux, jusqu'à ce qu'un accident analogue se reproduise (Steltner).

Souvent, la malade est pâle, anémiée, cachectique; la température est élevée; il y a des sueurs, des frissons (Haym et Girandau).

Dans l'observation que Guermeur rapporte dans sa thèse, la malade, arrivée au terme de la grossesse sans accident, supporte le faux travail; l'état général étant bon, on attendait deux mois pour opérer, pour

profiter du ralentissement de la circulation placentaire, quand, un mois avant la date fixée pour l'opération, alors que rien ne le faisait prévoir, l'état général devient brusquement mauvais, s'aggrave rapidement et la malade meurt de septicémie peu après l'intervention. .

Dans le cas de notre malade, l'état général a été, par moments, franchement mauvais ; à plusieurs reprises, elle a fait des accès de fièvre urineuse, avec température élevée. Une fois, l'état général était si mauvais qu'il a nécessité la néphrostomie.

CHAPITRE III

Diagnostic

Pendant la première partie de la maladie, phase de grossesse, on pourra confondre avec une *grossesse utérine*, au début ; mais, dans ces cas de grossesse ectopique, l'arrêt des règles est moins absolu ; il peut y avoir cet écoulement sanguin noirâtre, et l'expulsion de la caduque utérine qui permet souvent de faire le diagnostic.

Le toucher vaginal montre deux tumeurs ; l'utérus est peu augmenté de volume ; le col est moins ramolli que dans la grossesse utérine.

Les premiers mois, le fœtus ectopique occupant les culs-de-sac latéraux et le Douglas, on peut prendre la tumeur pour une *salpingite*, mais elle n'est pas douloureuse au toucher, et la modification des règles, l'absence de douleurs abdominales antérieures éclaireront le diagnostic.

Après le cinquième mois, la perception des mouve-

ments actifs du fœtus, les bruits du cœur fœtal donneront des certitudes de grossesse, mais le diagnostic avec la grossesse normale restera souvent très difficile.

Dans quelques cas, le fœtus est senti plus superficiellement, presque sous la peau. Mais souvent, l'évolution seule, les phénomènes de faux travail permettront de faire le diagnostic.

Dans les cas de fœtus morts et retenus depuis longtemps dans l'organisme maternel, on pourra confondre le sac fœtal avec toutes les variétés de tumeurs abdominales et pelviennes (fibromes, kystes de l'ovaire, etc.).

C'est alors que l'interrogatoire de la malade pourra éclairer le diagnostic. A une époque plus ou moins lointaine, il y a eu un arrêt de règles variable, des symptômes de grossesse, un faux travail, etc...

La tumeur peut être bosselée, dure, présentant quelquefois la crépitation osseuse.

Quand la maladie débute par des troubles urinaires, comme cela est arrivé pour la malade de notre observation, on peut croire à des *troubles vésicaux et rénaux gravidiques* ; notre malade, qui avait du pus dans les urines et présentait un gros rein droit douloureux, a tout d'abord été soignée pour *pyélonéphite* chez une femme enceinte.

Après l'expulsion du fœtus, cette élimination par l'urèthre ayant paru douteuse, on avait parlé d'*avortement utérin*. La malade avait en effet, outre des hématuries, des métrorrhagies. Mais un curage digital montra que l'utérus était vide et a suffi du reste à arrêter l'hémorragie.

Le toucher vaginal montrait un empâtement des culs-de-sac vaginaux, et en avant de l'utérus, une masse molle arrondie. Nous avons vu que le diagnostic n'a pu être fait que par l'examen cystoscopique.

Enfin, la vessie contenant le plus souvent des concrétions calculeuses ou des os recouverts de dépôts phosphatiques, qui butaient contre la sonde, on pensait à des *calculs vésicaux*. Dans bien des cas, le diagnostic n'a pu être fait qu'après l'expulsion par l'urèthre d'un os fœtal, au lieu d'un calcul. Dans le cas de notre malade, il y avait des hématuries, des douleurs lombaires et vésicales, un gros rein droit, imperméabilité de l'uretère droit, des crises de coliques néphrétiques antérieures; tout faisait croire à un calcul, enclavé dans l'uretère.

C'est seulement à l'intervention que M. le Professeur Gayet s'est aperçu que ces troubles étaient occasionnés par la compression de l'uretère droit par les restes du sac fœtal ectopique (ovaire et débris de trompe). Après l'extirpation de cette masse, on pouvait facilement passer une sonde N° 12 dans l'uretère.

CHAPITRE IV

Evolution et pronostic

L'élimination des produits de la grossesse ectopique par la vessie et l'urèthre peut être considérée comme une terminaison assez favorable de la grossesse extra-utérine et non comme une complication sérieuse.

Cette élimination est souvent très longue. La malade met de longues années pour expulser, à des intervalles plus ou moins éloignés, et os par os, les différentes parties du squelette fœtal.

Pendant toute cette longue durée d'élimination, les malades pourront présenter des crises douloureuses au moment de l'expulsion des os. Les phénomènes d'infection générale ou localisée au kyste et aux voies urinaires seront toujours à craindre. Cependant, dans la majorité des cas, nous n'avons pas observé d'accidents graves.

Ce sont les complications de l'appareil urinaire qui assombrissent le pronostic. Dans le cas de notre ma-

lade, cet avortement par l'urèthre aurait rapidement guéri, si l'infection du rein droit n'avait pas retardé la guérison.

Si nous examinons les statistiques de quelques auteurs qui se sont occupés de cette voie d'élimination, nous constatons que, d'une façon générale, les résultats sont aussi satisfaisants que pour les autres voies d'élimination (rectum, vagin, paroi abdominale).

Mattei, sur 8 cas observés, trouve 2 cas de mort: 25 %

Puech, sur 17 cas observés, trouve 3 cas de mort: 17 %

Parry, sur 9 cas observ., trouve 5 cas de mort: 55,55 %

Deschamps, sur 2 cas obs., trouve 0 cas de mort: 0 %

Sur nos 8 cas, 2 cas mortels seulement.

Dans ces statistiques, il s'agit de cas anciens; dans un de nos cas mortels, l'observation de la malade datait de 1823.

A l'heure actuelle, ces cas sont d'abord plus rares; on tend de plus en plus à opérer toute grossesse ectopique diagnostiquée. Et notre cas, en effet, est un accident de début, bien différent de ces cas de lithopédions longtemps retenus et éliminés ensuite, petit à petit, par la vessie et l'urèthre.

Actuellement, les procédés chirurgicaux sont si variés que, malgré les complications sur les organes génitaux et urinaires, l'issue de cet accident est le plus souvent favorable.

CHAPITRE V

Traitement

Nous signalerons seulement pour mémoire les procédés des anciens auteurs qui avaient pour but de tuer le fœtus.

Barnes injectait de la strychnine dans l'œuf. Joulin employait la morphine ; un peu plus tard, Bachetti conseillait de faire passer à travers le kyste fœtal un courant faradique pour tuer le produit de la conception. Le fœtus mort, ils espéraient sa transformation en lithopédions.

Ces fœtus ainsi abandonnés à eux-mêmes, pour ainsi dire, subissaient la putréfaction et, à un moment donné, s'éliminaient dans les organes voisins.

Ces procédés, les seuls possibles avant la période antiseptique et opératoire, sont complètement abandonnés aujourd'hui.

Par contre, les procédés les plus variés ont été employés ; les voies les plus diverses ont été utilisées.

Braxton Hicks conseille la laparotomie.

P. Müller, la cystostomie vaginale.

Thompson, la taille urétrale.

Pour Winckel, la dilatation urétrale serait souvent suffisante.

Dans les cas de nos observations, ces divers procédés ont été employés.

Dans l'observation de Moreau, on pratiqua *une incision de l'urèthre* pour enlever la mâchoire inférieure, qui avait bouché l'ouverture de ce conduit.

Plus tard, on dut faire la *cystostomie sous-pubienne* pour extraire les autres os de la vessie.

Dans l'observation d'Heggar, l'auteur dut faire une *incision dans la cloison vésico-vaginale*. Il put alors retirer des os en grand nombre. Il vit que la vessie communiquait avec la poche kystique ; après avoir irrigué sac et vessie, il établit un drainage au moyen d'une fistule vésico-vaginale artificielle, en suturant au fil d'argent la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale, suivant la méthode d'Emmet.

Dans les observations d'Erhendorfer et de Winckel, la *dilatation urétrale* a été suffisante.

Dans le cas de la maladie de Haym et Girandeaup, l'élimination s'est effectuée spontanément. Une fois seulement, il a fallu retirer, avec une pince, un os fœtal enclavé dans l'urèthre.

Dans l'observation que Guermeur a rapportée dans sa thèse, on a pratiqué *l'incision* du cul-de-sac vaginal droit (rempli par une masse fluctuante), mais, malgré l'issue du pus et des débris de squelette fœtal, la malade a succombé à des phénomènes de septicémie.

Dans le cas de la malade de M. Gayet, l'expulsion de l'embryon de 4 mois s'est faite spontanément, ainsi que celle du placenta éliminé quelque temps après.

Malheureusement, tout ne se borne pas à l'expulsion du fœtus et du placenta, et il nous restera souvent à traiter les complications de l'appareil urinaire dues à cette rupture du kyste dans la vessie. Ces complications sont de deux sortes : *infection* et *compression*. Nous aurons donc à traiter l'infection localisée aux divers organes de la fonction urinaire.

Traitement de la cystite. — Dans la plupart des cas, le volume de la vessie étant conservé, on combattra l'infection vésicale par des *lavages vésicaux antiseptiques* : solution de protargol à 1 pour 500 ; d'argyrol à 1 pour 1.000, ou 1 pour 500 de collargol.

Le lavage sera fait de telle sorte que la quantité de liquide injecté ne mette pas la vessie en distension et jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair.

Dans les cas où la capacité vésicale est très réduite, on remplacera les lavages par les instillations vésicales.

Traitement de la poche kystique

La poche kystique se comportant comme un faux diverticule de la vessie, on utilisera le traitement employé pour ces cas.

Désinfection de la poche par des *lavages* pratiqués au moyen de la sonde urétérale portée dans la cavité. On injectera ainsi des liquides antiseptiques (collargol par exemple), délicatement et sans trop de pression.

Dans le cas de notre malade, on n'a pas obtenu d'amélioration sensible par ce procédé. L'infection, il est vrai venait du rein.

Si cette poche n'a pas une tendance à diminuer, on sera obligé de recourir au *drainage* de la cavité, et souvent même à l'*extirpation*.

Traitement de l'urétérite. — L'urétérite dépend du complexus pathologique qui s'étend aux reins et à la vessie.

Le plus souvent, le traitement de la cause (rénale ou vésicale) suffira à faire régresser les symptômes d'urétérite.

Dans d'autres cas, on devra *désinfecter l'urètre et lui rendre sa perméabilité*. C'est par le *cathétérisme urétéral* que l'on agira ; il permet de porter un agent médicamenteux dans le canal enflammé ; il servira aussi à la dilatation du conduit, si on laisse la sonde à demeure et si l'on emploie des sondes de plus en plus grosses.

Quand la perméabilité de l'urètre ne permet pas de faire le cathétérisme (comme cela a été le cas dans notre observation), on devra pratiquer la *libération de l'urètre*, c'est-à-dire mettre à découvert le point de l'urètre où s'arrête la sonde, libérer le conduit de ses adhérences, s'il y a lieu, extirper les débris de sac fœtal (ovaire et débris de trompe) qui, dans le cas de la malade de M. Gayet, faisaient la compression de ce conduit.

C'est seulement après cette libération, que l'on a pu rétablir la perméabilité de l'urètre par le cathétérisme.

Traitement de la pyonéphrose

Il faut essayer d'abord d'évacuer le contenu du bassinets par le cathétérisme de l'uretère, qui, s'il est possible, donnera issue à une plus ou moins grande quantité d'urine purulente.

Une fois la sonde en place, on pratiquera le lavage du bassinets avec un liquide antiseptique. Si ce procédé ne réussit pas, on agira sur le rein.

La *néphrectomie*, si le rein opposé le permet, serait le procédé de choix ; elle amènerait la guérison rapide, complète et sans infirmité. Si l'insuffisance de l'autre rein ne le permet pas, on se contentera de la *néphrostomie*. Elle permet d'établir un drainage du rein, et au besoin les lavages de cet organe.

Si, après une longue période d'apyrexie, la constante d'Ambard s'améliore, on pourra alors faire la cure radicale par la *néphrectomie*. A moins que, mais cette éventualité est peu probable, la perméabilité de l'uretère devienne suffisante pour amener l'occlusion spontanée de la fistule.

Dans tous les cas, on joindra au traitement chirurgical le traitement médical général aux affections urinaires (repos, régime approprié, désinfectants urinaires, urotropine, etc., auto-vaccination).

EN RESUME

Toute grossesse ectopique diagnostiquée devra être opérée par la laparotomie.

Ne pas attendre les accidents dus à la rupture du kyste fœtal dans le péritoine ou dans un organe cavitaires voisin.

Si, par suite d'une erreur de diagnostic, la grossesse ectopique a pu évoluer, deux éventualités se présentent :

1° L'embryon est jeune et l'expulsion spontanée sera possible. On aura alors à traiter les complications urinaires, comme nous venons de le dire.

2° Dans les cas, désormais de plus en plus rares, de lithopédions ou de gros kystes infectés, si l'expulsion se fait spontanément, on aura de temps à autre à intervenir pour extraire de la vessie un os, comme on en extrairait un calcul.

Si l'expulsion ne se fait pas, on aura le choix entre les procédés que nous avons vus :

- a) Dilatation de l'urèthre (Winckel) ;
- b) Taille uréthrale (Thompson) ;
- c) Cystostomie vaginale (P. Müller) ;
- d) Laparotomie (Braxton Hicks).

De ces diverses opérations, la cystostomie sus-pubienne paraît la plus rationnelle.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Observation rapportée par ALEXIS MOREAU dans son Traité
« Des Grossesses extra-utérines » (1853)*

Femme de 47 ans, devient enceinte pour la deuxième fois; les premiers temps de sa grossesse furent pénibles. Quand la première moitié fut passée, la malade eut des coliques violentes et éprouva continuellement du côté droit, vers l'anneau inguinal, une sensation très désagréable chaque fois que l'enfant bougeait.

Dans la trente-septième semaine, elle se plaignit un soir de douleurs violentes, avec frissons, et une sensation comme si les intestins avaient été tirés en bas. Les douleurs se terminèrent par une paralysie de la jambe droite qui dura trois semaines. Depuis elle cessa de sentir les mouvements de son enfant, et fut toujours d'une santé chancelante. Ses seins se remplirent de lait.

Vers le quinzième mois, elle rendit par le vagin une certaine quantité de sang corrompu et fétide.

Un mois après, les règles reparurent, la santé s'était améliorée et excepté de fréquentes douleurs dans le ventre et un sentiment de compression dans la vessie, la malade se portait assez bien. Elle resta *neuf ans* dans le même état.

A cette époque, après une vive frayeur, frissons, coliques, suivies de douleurs semblables à celles de l'enfantement, qui durèrent plusieurs heures.

Depuis lors, la malade se plaignit d'un ischurie douloureuse, elle était obligée d'uriner à chaque instant et rendait peu d'urine à la fois. Ce liquide ressemblait à une matière

purulente qui souvent était entremêlée de parcelles de gélatine épaissie.

Trois ans après, la malade observa qu'elle avait un corps dur dans l'urèthre, et au bout de quelques mois elle rendit en urinant une pierre grisâtre de la grosseur d'une fève des marais. Ce qui la soulagea. Plus tard, elle rendit avec les urines, un os qui ressemblait à un tibia d'enfant. Quelques jours après, il sortit un deuxième calcul et un fragment des os de la tête et de cette manière elle rendit 94 calculs de différentes grosseurs; elle rendit en outre diverses pièces osseuses du crâne, quelques vertèbres, six dents, une partie du péroné et 21 morceaux d'os plats.

Environ *une année* après, un os boucha l'ouverture de l'urèthre et y causa des douleurs insupportables. On y pratiqua une incision et on en retira la mâchoire inférieure.

Les douleurs allant toujours en augmentant, la malade se rendit à Rostock. Elle était pâle et cachectique. On fit des tentatives vaines et douloureuses pour extraire, avec les instruments, les corps contenus dans la vessie et l'on se résolut enfin à pratiquer la cystostomie sous-pubienne.

Josephi trouve la vessie épaisse, dure, charnue, elle était remplie de parcelles osseuses, dures et pointues et d'une assez grande quantité de parties molles. On en retira 112 pièces osseuses, en parties entières, en parties corrodées; 20 morceaux de concrétions calculeuses, une partie du crâne et de la face; des intestins d'un bleu noirâtre, et adhérant au placenta et au mésentère.

On découvrit au fond de la vessie un trou à travers lequel le doigt touchait les intestins de la malade. Après l'opération, la malade se trouva assez bien, mais sans qu'il survînt de symptômes d'une inflammation abdominale, elle succomba le troisième jour.

La trompe et l'ovaire du côté droit avaient disparu pour former le kyste fœtal qui adhérait à la vessie et communiquait avec elle.

JOSEPHI, Rostock, 1803.

OBSERVATION II

M. W. HAGGARD (de Nashville). *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale* (1904).

Enlèvement par une cystostomie vaginale d'un squelette fœtal de grossesse ectopique s'étant fait jour dans la vessie

Une femme, âgée de 31 ans, enceinte de six mois, au cours desquels elle avait des hémorragies et des douleurs vésicales, avait vu sa grossesse s'arrêter et son abdomen diminuer progressivement de volume.

Un an après, du pus fait son apparition dans les urines, puis un os, une vertèbre de fœtus fut expulsée de la vessie. Ce phénomène se répéta à plusieurs reprises dans les mois suivants; en dernier lieu, elle avait expulsé tous les os longs. Quelquefois, l'un d'entre eux restait fixé dans l'urèthre, elle saisissait alors l'extrémité libre et attirait l'os au dehors.

Depuis le début des accidents elle avait expulsé en tout 85 os. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait senti un os se fixer dans l'urèthre sans qu'elle pût le retirer, et depuis elle éprouvait de fortes douleurs dans le bas-ventre.

Après avoir essayé vainement de retirer l'os par l'urèthre, l'auteur fit une incision dans la cloison vésico-vaginale et put retirer des os en grand nombre recouverts d'un dépôt phosphatique.

Il vit alors que la vessie communiquait avec une cavité plus petite, située en haut et à droite, c'était le sac de la grossesse ectopique. Vessie et sac furent irrigués, et dans le but de drainer on établit une fistule vésico-vaginale artificielle, en suturant au fil d'argent la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale, suivant la méthode d'Emmet.

La fistule fut refermée au bout de six semaines et quinze jours après la malade quittait l'hôpital en excellent état.

(Thèse de KOTLER SARAH, Nancy, 1912-1913).

OBSERVATION III

OBSERV. (par le Docteur STELTNER, Centr., 1895)

*Evolution et complication d'un cas rare de grossesse
extra-utérine*

A la fin du mois de juillet, arrive en clinique une ouvrière A..., âgée de 40 ans. Son interrogatoire apprend les faits suivants : la malade, toujours bien portante jusqu'à son mariage, fait en 1880 un accouchement normal et l'année dernière un avortement.

En avril 1882, ses règles s'interrompent, la grossesse évolue sans complications notables. Trois semaines avant terme, à la suite d'une forte frayeur, apparaît une hémorragie considérable; la malade entre en travail, mais l'accouchement ne se fait pas. Une sage-femme appelée, conseille d'attendre, parce que l'hémorragie et les douleurs ont diminué.

L'état de la malade ne change pas visiblement pendant quatre semaines. La malade ne sent plus remuer l'enfant et vient consulter un médecin qui diagnostique une grossesse extra-utérine. La malade refuse toute intervention chirurgicale. Après quelques semaines, elle quitte le lit, et malgré les douleurs reprend ses occupations. Son abdomen diminue de volume, la menstruation se rétablit, irrégulière d'abord, mais ensuite régulière comme auparavant; cependant, elle éprouve encore des douleurs et une sensation de pesanteur dans le ventre.

Cet état dure pendant *dix ans* sans que la malade vienne consulter un médecin. Chaque fois qu'elle est fatiguée, elle est obligée de garder le lit pendant un certain temps, à cause de douleurs aiguës survenant dans le ventre.

A la fin de juillet 1892 survient un changement. Les urines qui étaient claires jusqu'alors, deviennent troubles pendant quelques jours, « comme une soupe à la farine », disait la malade; ensuite elle éprouve de fréquentes envies d'uriner, l'urine devient fétide et les sédiments renferment différents débris brunâtres. L'état général devient plus mauvais et la température s'élève.

Cet état dure sans changement, jusqu'au mois de juillet 1894; quand un jour, la femme éprouve en urinant des douleurs excessives et rend deux morceaux d'os par l'urèthre. Le 28 juillet, le même accident se répète et un os s'enclave dans l'urèthre. La malade vient alors en clinique, où l'on prend l'observation suivante :

La femme W... est une femme anémiée avec une température normale et un pouls petit. Les seins sont normaux. La paroi abdominale mince et relâchée.

À la palpation on trouve à gauche une tumeur qui s'étend jusqu'au milieu de la ligne qui réunit l'ombilic à la symphyse et empiète de trois travers de doigt à droite, au delà de la ligne médiale. Un examen plus attentif montre que l'utérus n'est pas augmenté de volume. On trouve, à gauche de l'utérus, une tumeur du volume d'une tête d'enfant; mobile de gauche à droite, entraînant l'utérus dans ses mouvements.

La partie inférieure de la tumeur entre dans le bassin. En certains endroits de la tumeur on perçoit la crépitation osseuse, et sur sa surface généralement lisse, on sent quelques nodosités.

Dans l'urèthre on trouve un morceau d'os long d'un demi-centimètre dans une position oblique. C'est un morceau de rachis. Après l'extraction de ce morceau avec une pince, de l'urine putride s'écoule en abondance. Le sédiment est muco-purulent, et renferme des éléments nécrosés; microscopiquement on trouve des globules de pus, des cellules de l'épithélium vésical et des détritits.

Sur la nature de la tumeur, il n'y a plus de doute : c'est un kyste qui se trouve à gauche, et qui contient les restes du fœtus; le kyste communique avec la vessie grâce à une fistule par laquelle son contenu se vidait à certains moments.

Steltner se décide à une opération. Cinq jours après on ouvre la poche, dont la paroi visible était sphacélée. Il s'en écoule un liquide vert putride. Les jours suivants on vide la tumeur de débris osseux et de tout ce qu'elle renfermait. Peu après les urines s'éclaircissent, il se déclare une vive douleur dans les reins, et à la palpation on reconnaît dans la région du rein droit une tumeur grosse comme le poing,

tendue, élastique. Il s'agit d'hydronéphrose par compression de l'urèthre.

Trois mois après, l'examen fait constater que la tumeur rénale a disparu.

(Th. KOTLER.)

OBSERVATION IV

EHRENDORFER (*Centralblat*, 1904)

Un cas d'ouverture du kyste fœtal dans la vessie suivi de guérison

La malade, âgée de 31 ans, a eu déjà deux accouchements. Au printemps 1886, après cinq ans de ménopause, elle était prise pendant quelques heures de douleurs analogues à celles du travail, et quelques jours après d'expulsion de matières fétides et de petits os par le vagin. Une incontinence des urines a obligé la malade à consulter le Professeur Schauta. Derrière l'utérus en antéflexion et hypertrophié, on a trouvé un corps élastique, dans lequel on a reconnu des parties dures.

Après la dilatation préalable de l'urèthre, Schauta retira onze os d'un fœtus de cinq mois. De la vessie sortait un os plus grand par un orifice situé à la paroi postérieure, et qu'on ne pût pas retirer.

La malade se sentant beaucoup mieux, quitta l'établissement après quatorze jours.

Au mois de mai 1888, la femme revint en clinique en disant qu'elle s'était sentie bien pendant quelques mois après sa sortie de l'hôpital, mais ensuite elle a commencé à éprouver de fortes douleurs. Elle avait une incontinence d'urine, mais la menstruation était régulière, elle n'a plus éliminé d'os.

Après une dilatation de l'urèthre, on a ressenti dans la région de la base du trigone de Lieutaud, un corps rugueux qui entraînait dans la vessie par un orifice de dimension telle, qu'il laissait passer le doigt. Ce corps fut retiré en partie par les doigts et amené au dehors par la pince à polype.

L'os retiré, recouvert de dépôts calcaires, n'était autre

chose qu'un os de crâne de fœtus (large de 3 cmc. 1/2). L'orifice ci-dessus décrit, conduisait dans un diverticule, d'où on a retiré encore plusieurs os (sept os plus grand et cinq morceaux d'os).

Les jours suivants, la malade, n'ayant pas de fièvre après une semaine, pouvait retenir l'urine pendant trois heures, et quelques jours après, elle a quitté l'hôpital, tout à fait bien portante.

Th. de KOTLER.

OBSERVATION V

P. WINCKEL (*Centralblatt*, 1909)

Ouverture du kyste fœtal dans la vessie

La femme, chez laquelle, il y a *six ans*, les règles ont fait défaut pendant sept mois, se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, et de douleurs dans la vessie; quelque fois elle avait de la fièvre, parfois du ténesme rectal et des douleurs pendant la défécation.

On constate une tumeur d'un volume de deux poings fixée à la paroi antérieure de l'utérus et qui a refoulé l'utérus à gauche.

On a pris tout d'abord cette tumeur pour un myome. La vessie étant douloureuse, et comme on avait constaté dans la vessie à l'aide d'une sonde, des corps durs, on fut amené vers le diagnostic de calculs vésicaux. Après la dilatation de l'urèthre, on extrait le soi-disant calcul, à l'aide d'une pince, par la paroi postérieure de la vessie, et on reconnaît qu'il s'agit d'un tibia gauche.

L'articulation supérieure passait dans la vessie, tandis que le tibia entier était placé dans une cavité. De cette cavité, après dilatation de l'orifice par les doigts, on extrait cent vingt os, qui forment presque un squelette entier.

Les premiers os éliminés étaient incrustés de dépôts calcaires, mais les derniers avaient une odeur fétide et une enveloppe brune. La cavité vide fut lavée et l'urèthre dilaté fut rétréci. Quelques jours après la malade avait encore,

chaque heure, des selles glaireuses, et quelques petits morceaux d'os du crâne passèrent de nouveau par l'urèthre.

Guérison complète.

Th. KOTLER.

OBSERVATION VI

OBS. de HAYM et GIRANDEAU

Grossesse extra-utérine abdominale. Ouverture dans le rectum et la vessie

M. Roger..., 23 ans, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital le 28 octobre 1880. Elle a eu ses dernières règles le 1^{er} mars 1880. Au commencement de juin, une poussée de péritonite, pour laquelle elle garde le lit pendant deux mois. Elle souffre continuellement du ventre et présente jusqu'à trente vomissements par jour. Le ventre augmente de volume de jour en jour, les règles sont toujours supprimées.

Vers le commencement de septembre, une amélioration notable se manifeste, la malade peut même faire de longues courses à pied.

Le 15 septembre elle fait une chute de voiture; elle est prise immédiatement de douleurs abdominales intenses, sans perte de sang, sans vomissements, sans fièvre.

Le 1^{er} octobre se fait par le vagin un écoulement de sang noir, d'odeur infecte, et la malade expulse, au milieu des caillots, une poche crevée, blanche, longue comme le pouce. A partir de ce moment, le ventre n'augmente plus de volume, les mamelles sécrètent du lait, l'écoulement sanguin persiste, des frissons se montrent, la fièvre s'établit.

Le 28 octobre, elle entre à l'hôpital.

A la palpation, on trouve une tumeur lisse qui occupe toute la fosse iliaque et l'hypocondre gauche; on ne sent pas de battements cardiaques.

Au toucher vaginal, le col de l'utérus est refoulé vers la droite. L'utérus est peu volumineux, immobile; il n'existe aucun sillon de séparation entre lui et la tumeur qui envahit presque tout le petit bassin.

Par le toucher rectal, on sent une surface arrondie et résistante qui comprime la face antérieure de l'intestin, d'où constipation habituelle de la malade.

Le cathétérisme vésical montre que la vessie est comprimée et refoulée en bas au-dessous de la tumeur, ce qui explique les envies fréquentes d'uriner éprouvées par la malade.

La malade est très affaiblie, les douleurs abdominales sont vives, les pertes sanguines continuent.

Pouls 96. Température 37°4 le matin, 38°8 le soir. La montée laiteuse est abondante.

A partir du 23 novembre, le ventre commence à diminuer de volume, mais l'état général de la malade ne s'améliore pas, la fièvre monte le soir, les sueurs sont profuses, plus d'écoulements par le vagin. Le 27, elle quitte l'hôpital.

Le 21 décembre, elle revient à la consultation : état général meilleur, le ventre est encore douloureux. La tumeur est moins volumineuse, on sent en un point une saillie qui donne la sensation d'une tête fœtale. L'utérus est refoulé à droite et fait toujours corps avec la tumeur.

Le 29 janvier, bosselures nombreuses et dures perçues à travers la paroi abdominale, pas de fluctuations, utérus toujours immobile.

Constipation, envies fréquentes d'uriner.

Le 29 mars, en allant à la selle, la malade a rendu par l'anus, une grande quantité de pus, d'odeur infecte, ainsi que des « morceaux de chair », coliques vives pendant la défécation.

Le 15 avril, l'écoulement par le rectum continue, la tumeur est très diminuée de volume, plus mobile. Plus de sécrétion lactée.

Le 14 mai, elle rejette en urinant un fragment osseux, qui est une côte de fœtus de quatre à cinq mois. L'urine est trouble et contient un abondant dépôt purulent. Le cathétérisme vésical ne révèle la présence d'aucun corps étranger. A ses règles depuis deux jours, pour la première fois depuis le 1^{er} mai 1880. La tumeur abdominale a diminué de volume, elle est toujours dure et un peu douloureuse; l'écoulement de pus par le rectum a cessé depuis quelques jours.

L'état général s'améliore de plus en plus.

Le 1^{er} juin, entrée à l'hôpital. Urines toujours purulentes, pas de corps étrangers dans la vessie. Lavages quotidiens de la vessie avec une solution phéniquée au millième.

Le 3 juin : la capacité de la vessie est très réduite.

Le 10 : mictions moins fréquentes, urines moins purulentes.

Le 15 : peu de pus dans l'urine, pas de fièvre, bon état général. La malade sort de l'hôpital.

Elle revient à la consultation le 10 février 1882, se plaignant de ne pouvoir uriner depuis la veille, et accusant de vives douleurs au niveau du méat urinaire. Une sonde métallique introduite dans le canal de l'urètre vient heurter un corps qui occupe la moitié antérieure du canal; une pince fine permet de l'extraire. Cet os est le temporal gauche d'un fœtus de quatre à cinq mois. La malade peut alors uriner sans douleur. La sonde introduite dans la vessie n'y rencontre aucun corps étranger.

Elle raconte que depuis juin 1881, elle rend à des intervalles variables, par la même voie, et avec de vives souffrances, des petits os qu'elle a réunis et qu'elle nous apporte : 2 fémurs, 2 tibias, 2 os iliaques, 13 côtes, le sternum, 2 clavicules, les maxillaires inférieur et supérieur, en parfait état de conservation, appartenant à un fœtus de quatre à cinq mois. La malade ajoute avoir rendu plusieurs autres fragments osseux qu'elle n'a pas recueillis.

L'état général est bon, la menstruation est régulière, mais douloureuse. Comme les urines sont toujours purulentes, nous proposons à la malade d'entrer de nouveau à l'hôpital.

Elle y reste huit jours, pendant lesquels la vessie est lavée deux fois par jour avec une solution phéniquée. Au bout de ce temps les urines contiennent beaucoup moins de pus.

Le 20 mars, elle revient à la consultation; elle a rendu deux ou trois os qu'elle n'a pas conservés, la miction est un peu douloureuse, la vessie ne contient aucun corps étranger, les urines sont à peine purulentes.

Le 12 mai : l'utérus a repris peu à peu la place qu'il occupe à l'état normal. Dans le cul-de-sac latéral gauche on ne constate plus qu'une induration peu étendue. Plus de pus dans l'urine, plus d'expulsion de pièces osseuses. La guérison peut être considérée comme complète.

(KOTLER SARAH).

OBSERVATION VII

Grossesse extra-utérine à terme. Faux travail; mort de l'enfant; laparotomie un mois et demi après la mort de l'enfant. Mort de la mère. (LINDSAY. Glasgow Medical Journal. mai 1922.)

Femme de 31 ans, ayant eu ses dernières règles le 10 juin 1919. La grossesse fut sans incidents notables. Le 31 décembre 1919, faux travail, on décide de n'intervenir que dans 2 mois, pour attendre le ralentissement de la circulation placentaire. Mais, vers la fin de janvier, la santé de la malade s'altère. Le 31, il est franchement mauvais et il s'aggrave dans les premiers jours de février.

A l'examen, le 13 février, on trouve à la palpation, dans l'abdomen, une masse de la taille d'un utérus gravide, arrivé au quatrième mois de la grossesse.

Le cul-de-sac vaginal droit est rempli par une masse fluctuante. On l'incise et il en sort une grande quantité de pus et des débris de squelette fœtal. La malade meurt bientôt de septicémie.

A l'autopsie, on trouve un kyste fœtal suppuré, communiquant largement avec la vessie qui contient quelques os. La suppuration du kyste s'était établie dans un délai d'un mois après la mort du fœtus.

Grossesse ectopique après le cinquième mois. Intervention immédiate ? au terme ? après le terme ? (GUERMEUR Louis, Thèse Bordeaux, 1923-24.)

OBSERVATION VIII

OBSERVATION de M. le Professeur GAVET
(Service d'Urologie, Antiquaille)

Mme P... Louise, 25 ans, couturière, entre dans notre Service de l'Antiquaille le 15 octobre 1925, venant de l'Hôpital de la Charité (Service de M. le Docteur Voron). De cet hôpital on nous a fait parvenir l'observation des premières phases de la maladie, dont voici l'exposé :

De bonne santé habituelle, elle a eu deux grossesses, la dernière il ya 4 ans. Il y a deux ans, crises douloureuses abdominales se répétant une ou deux fois par mois avec émission de sable dans l'urine. En avril 1925, les douleurs réapparaissent avec les mêmes caractères, il y eut même hématurie pendant 3 jours.

Le 26 juin, crise douloureuse aiguë localisée dans le flanc droit avec vomissements, vertiges, syncopes, sans hématurie; réaction péritonéale. La malade ayant eu ses dernières règles en avril, le médecin qui l'examine conclut à une grossesse extra-utérine et l'envoie dans le service de Gynécologie du Docteur Molin. Là le diagnostic reste hésitant et comme on constate du pus dans les urines et un gros rein droit, on pense à une pyélo-néphrite gravidique et la malade est envoyée à l'infirmerie de la Maternité. Elle y reste du 15 juillet au 2 août 1925; on constate du coli-bacille dans les urines. Traitement : repos, urotropine. Les urines s'éclaircissent et la malade rentre chez elle.

Elle revient le 28 août; depuis 15 jours elle présente des hématuries quotidiennes, avec expulsion de débris, douleurs dans la région lombaire droite et la fosse iliaque du même côté. A l'examen des urines : sang, coli-bacille à l'état de pureté (Docteur Lebeuf).

Le 29 août, dans la nuit, crise cystalgique, envies fréquentes d'uriner, la malade ne peut uriner et a la sensation d'un obstacle urétral. La sœur du Service voit sortir par l'urètre un petit membre qu'elle tire et extrait un embryon de 4 mois environ. Cet embryon n'a malheureusement pas été conservé, mais la sœur qui a été témoin de cet avortement par l'urètre est très affirmative. C'est une sœur accoucheuse très expérimentée.

Les jours suivants, l'hématurie continue, il y a aussi des métrorrhagies. L'interne du Service pratique un curage utérin digital, il trouve une cavité utérine vide, de petites dimensions, pas de rétention placentaire. Cependant le curage amène la cessation des métrorrhagies.

Les jours qui suivent le curage, état général mauvais, urines sanglantes, boueuses, de faible quantité, toujours du coli-bacille. Gros rein droit, douloureux, réaction péritonéale lo-

calisée au petit bassin. On fait de l'auto-vaccination, des lavages vésicaux au collargol, amélioration progressives de l'état général et chute de la température.

Depuis le 29 septembre, la malade allait bien; mais le 12 octobre crise douloureuse nouvelle avec oligurie, puis débâcle purulente. Accès de fièvre urinaire. Gros rein droit. Le toucher vaginal montre un empâtement peu douloureux des culs-de-sac vaginaux. En avant de l'utérus, masse molle, arrondie, sur la nature de laquelle on ne pourra être renseigné que par une cystoscopie. La malade passe dans le Service d'Urologie.

Nous faisons le 16 octobre une cystoscopie. Capacité vésicale 200 gr., le milieu est rapidement éclairci. On découvre à la partie supérieure de la vessie (qui par ailleurs est saine) un véritable papillome frangé, quoique à franges courtes, au milieu duquel on découvre un petit orifice noirâtre; en faisant le cathétérisme de cet orifice avec une sonde urétérale on entre de 3 cm. environ. Par l'orifice on voit sortir de temps à autre de petits débris pseudo-membraneux.

On interprète l'image cystoscopique de la façon suivante :

1° La masse d'aspect frangé est peut-être le placenta ayant fait issue dans la vessie au cours d'une grossesse tubaire ;

2° L'orifice témoigne de la communication qui s'est établie entre la trompe et la vessie.

A la suite de ces manœuvres endo-vésicales, poussée de fièvre à 40°8, douleur dans le rein droit qui est augmenté de volume, urines très purulentes.

La recherche de la constante avait été faite avant la cystoscopie.

Elle avait donné : Ur. : 0 gr. 40 ; K. : 0,20, avec une élimination de 864 cm. cubes par 24 heures sous une concentration de 8 gr. 25 au litre. La radiographie, pratiquée le 19 octobre, ne montre pas de calcul, on voit seulement le contour d'un gros rein droit.

Le 22 octobre, nouvelle cystoscopie. Vessie longue à nettoyer, après que le milieu s'est éclairci, il se retrouble brusquement par un pus malodorant, d'odeur fécaloïde, donnant l'impression qu'il vient de se vider une poche d'abcès. On

reuve et la malade prend des contractions vésicales violentes.

Anesthésie avec 10 cent. cubes de la solution de butelline à 1 %.

On peut alors arriver à cathétériser l'uretère droit avec une sonde opaque, mais on est arrêté à 15 cent. A aucun moment on n'a pu obtenir une goutte d'urine par cette sonde.

On introduit une autre sonde opaque dans le petite orifice de la face postérieure de la vessie, on fait une radiographie. On injecte ensuite 15 cent. cubes de collargol par la sonde qui est dans l'orifice anormal et on fait un nouveau cliché.

La première radiographie montre la sonde gauche enroulée dans la poche, l'autre montant dans l'uretère droit, au point où elle s'arrête il y a une ombre qui pourrait être un calcul.

La deuxième montre une poche en forme d'aubergine, placée transversalement au-dessus de la vessie.

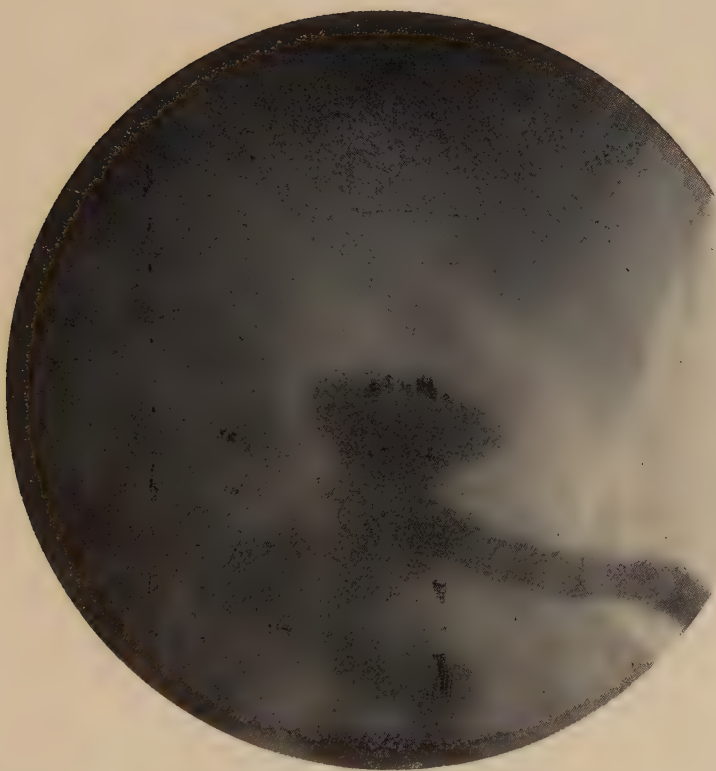
A la suite de ces manœuvres, nouvelle poussée de fièvre à grandes oscillations, l'état général s'altère rapidement et on décide une intervention qui sera une néphrostomie, la constante ne permettant pas l'ablation du rein.

Le 28 octobre, anesthésie régionale à la novocaïne. Il faudra, au moment des manipulations sur le rein, y ajouter quelques bouffées d'éther. Néphrostomie rapide par le procédé au dilatateur Tripier de Marion. Evacuation de pus très fétide. Mise en place d'un drain coudé et fixation du rein.

La température baisse rapidement. A noter l'élimination par l'urèthre d'une sorte de gros caillot frangé qui est envoyé à l'examen histologique à la Faculté. Voici la réponse :

« La pièce est constituée essentiellement par une volumineuse masse de fibrine et de cellules nécrobiosées. Celles-ci n'ont plus aucune caractéristique qui puisse renseigner sur leur aspect antérieur. Cependant, en un point, on relève des formations arrondies, continues, qui paraissent vraisemblablement être des villosités placentaires nécrobiosées. »

A la suite de la néphrostomie l'analyse des urines provenant du rein droit par le drain et de celles du rein gauche recueillies par l'urèthre, donne les chiffres suivants :



*Cette radiographie a été faite par M. Coste, chef du Service de radiographie
de l'Hôpital de l'Antiquaille, à Lyon*

*Le cliché nous a été gracieusement communiqué par la librairie Masson
(Paris). Nous remercions M. le Secrétaire de la Société française d'Urologie
de nous les avoir fait si aimablement transmettre.*



*Cette radiographie a été faite par M. Coste, chef du Service de radiographie
de l'Hôpital de l'Antiquaille, à Lyon*

*Le cliché nous a été gracieusement communiqué par la librairie Massé
(Paris). Nous remercions M. le Secrétaire de la Société française d'Urologie
de nous les avoir fait si aimablement transmettre.*

Rein droit		Rein gauche (vessie)
Volume	115 cm ³	310 cm ³
Urée par litre..	7 gr. 80	24 gr. 10
Chlorures	3 gr. 04	1 gr. 60

Le 25 novembre 1925, une cystoscopie est pratiquée; on trouve la poche paravésicale très diminuée de volume, une sonde urétérale droite bute toujours à 15 cent.

Le 4 décembre, pensant, de plus en plus, à un calcul et voulant rétablir la perméabilité de l'uretère droit, on se décide à une nouvelle intervention. La néphrectomie est toujours impossible, car l'urée sanguine est de 1 gr. et la constante de 0 gr. 43.

Anesthésie au Kélène, puis à l'éther. Incision para-iliaque droite, une sonde étant introduite préalablement dans l'uretère droit, jusqu'à 15 cm., où elle bute. Mais la recherche de l'uretère est entourée de difficultés, car le péritoine ne se laisse pas décoller; on trouve les traces d'une violente inflammation du petit bassin; il faut aller chercher l'uretère au-devant des vaisseaux. On peut alors le suivre jusqu'à la vessie et le libérer, mais on ne trouve pas de calcul. En un point, tout contre la vessie, on rencontre, adhérent à l'uretère, un organe qu'on prend d'abord pour un ganglion comprimant ce conduit; on l'extirpe et on reconnaît un ovaire et des débris de trompe. La plaie est refermée en laissant une petite mèche de drainage.

Les suites ont été très simples.

Dans le courant de janvier, nous essayons à nouveau de cathétériser l'uretère droit, nous pouvons passer facilement une petite sonde 10 jusqu'au bassinnet. Elle est laissée à demeure.

Le 28 janvier, on change la sonde 10 pour une sonde 12 et on essaye de fermer par une pince le tube de néphrostomie. Les urines passent bien par la sonde urétérale.

Le 2 février, une pyélographie pratiquée montre un bassinnet volumineux, surtout au niveau du calice inférieur. Mais la température s'élève et on est obligé de rouvrir le tube de néphrostomie.

A plusieurs reprises, on renouvelle les tentatives de rendre la perméabilité à l'uretère. Mais dès qu'on ferme le tube

drain la température s'élève. On se décide à laisser ce tube et ayant muni la malade d'un appareil contenteur d'urines, on la renvoie chez elle.

Son état général est redevenu excellent. Une constante pratiquée révèle cependant encore : Ur.: 0 gr. 80, avec K.: 0,23.

La séparation des urines donne :

	Rein droit	Rein gauche
Volume	12 cm ³	20 cm ³
Urée	3 gr. 05	11 gr. 80
Chlorures	9 gr. 95	14 gr. 30

Les urines droites toujours troubles, à gauche parfaitement limpides.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse ectopique rompue, lorsque la malade n'est pas opérée ou échappe aux premiers accidents, tend à éliminer son contenu dans les cavités viscérales voisines ou à travers la paroi abdominale.

Parmi ces cavités, la vessie est représentée avec un pourcentage relativement faible.

II. — Les perforations de la vessie, par suite de grossesse ectopique rompue, se produisent en général tardivement et après organisation et persistance prolongée d'un lithopédion.

III. — Le cas que nous rapportons est assez exceptionnel, en raison de la rapidité de l'évolution, qui a abouti à l'élimination spontanée uréthrale d'un embryon de 4 mois.

IV. — L'élimination transvésicale du produit de la grossesse ectopique est une terminaison plutôt favorable. Elle ne tire sa gravité que du fait de l'infection possible des voies urinaires et des complications rénales pouvant nécessiter des interventions sur la vessie ou le rein.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	GAYET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Février 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Traité de Gynécologie.
- BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- BAUDELLOCQUE. — Causes des grossesses extra-péritonéales.
L'Art des Accouchements, tome II.
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine. *La Semaine Gynécologique*, 1898.
- BUISSON (Paul). — De la mort de l'œuf dans la grossesse tubaire. *Thèse* Lyon, 1910-11.
- BONNET et PETIT. — *Traité de Gynécologie*. De la grossesse extra-utérine.
- CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 1902.
- COSTANG (Henri). — La grossesse extra-utérine dans la pratique journalière. *Thèse* Paris, 1911-12.
- COURMONT. — *Lyon Médical*, 1890.
- DESCHAMPS. — Sur divers modes de terminaisons des grossesses extra-utérines et leur traitement. *Thèse* Paris, 1880.
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes.
- DUBRIZAY et JEANNIN. — *Précis d'Accouchement*.
- GUERMEUR (Louis). — Grossesse ectopique après le cinquième mois, intervention immédiate ? au terme ? après le terme ? *Thèse* Bordeaux, 1923-24.
- HEGGARD. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1904.
- HAYM et GIRADEAU. — Grossesse extra-utérine abdominale, ouverture dans le rectum et la vessie.
- KOTLER (Sarah). — De l'élimination spontanée du fœtus dans les grossesses extra-utérines au delà du troisième mois. *Thèse* Nancy, 1912-1913.

LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie.*

LEGUEU. — *Traité chirurgical d'Urologie.*

MAYGRIER et A. SCHAWB. — *Précis d'Obstétrique.*

MAYGRIER. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse d'agrégation*, 1886.

MATTEÏ. — Divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et leur traitement. *Gazette des Hôpitaux*, 1860.

MOREAU (Alexis). — *Traité des grossesses extra-utérines.*

PÉAN. — *Annales de Gynécologie*, 1890.

PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. *Annales de Gynécologie*, 1889.

PARRY. — *Monographie de Parry.*

POZZI. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire.*

TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'Art des Accouchements.*

VERNÉDAL (Henri). — De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée des fœtus extra-utérins.

WINCKEL. — *Zentralblat. f. Gyn.*, 1904.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Historique.....	11
Chapitre I. — Anatomie pathologique.....	15
Chapitre II. — Symptômes.....	25
I. Grossesse extra-utérine de moins de 5 mois.	25
II. — — — après le 5 ^e mois....	28
Chapitre III. — Diagnostic.....	39
Chapitre IV. — Evolution et pronostic.....	43
Chapitre V. — Traitement.....	45
Observations	51
Conclusions	67
Bibliographie.....	69
